Lane Medical Library

Aus der syphilitisch-dermatologischen Klinik des Hrn. Prof. Posselt.

Das Langsche Verfahren zur Behandlung der Bubonen.

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

Hohen medicinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

zur

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

in der

gesamten Medizin

vorgelegt von

MAX KOENIGSFELD

cand. med. aus Kobier in Schlesien.

München 1896.

Joh. Gg. Weiss'sche Buchdruckerei (Josef Olbrich).

Aus der syphilitisch-dermatologischen Klinik des Hrn. Prof. Posselt.

Das *Langsche* Verfahren

zur

Behandlung der Bubonen.

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

Hohen medicinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

zur

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

in der

gesamten Medizin

vorgelegt von

MAX KOENIGSFELD

cand. med. aus Kobier in Schlesien.

München 1896.

Joh. Gg. Weiss'sche Buchdruckerei (Josef Olbrich).

REFERENT:

Herr Geheimrat von Ziemssen.

Seinem lieben Vater

sowie dem Andenken

seiner unvergesslichen Mutter

in Dankbarkeit gewidmet

vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154015_0095

Die grosse Zahl der Mittel und Methoden, welche zur Behandlung der Bubonen bisher empfohlen worden sind, beweist, dass kein einziges derselben dem erstrebten Zweck in vollem Maasse entspricht. Wenn auch damit nicht gesagt sein soll, dass alle bekannten Behandlungsweisen geradezu wertlos sind, im Gegenteil, wenn diese auch alle in gleicher Weise zum Ziele führen, wofern nur die Wahl derselben von dem jeweiligen Zustand der Drüsenentzündung abhängig gemacht wird, so vereinigen sie alle doch Nachteile in sich, deren Beseitigung das Ziel aller modernen therapeutischen Massnahmen ist.

Trotz der zahlreichen Versuche, welche es sich zur Aufgabe gemacht haben, die Heilung der Bubonen in idealer Weise, also unter Vermeidung der erwähnten Nachteile, herbeizuführen, kennen wir noch kein Mittel, das mit absoluter Sicherheit und bei jedem Stadium der Drüsenentzündung seine gute Wirkung bewährt. Es ist auch berechtigt, wenn wir den sehr häufigen Angaben über glänzende Heileffekte mit einem neuen Verfahren Misstrauen entgegenbringen, da nicht selten die diesbezüglichen Veröffentlichungen zu früh erfolgen, anderseits aber die Erfolge sehr viel von der Art und Weise abhängen, wie der Bubo ursprünglich angelegt war. Immerhin ist es Pflicht, allen Angaben, welche von autoritativer Seite kommen, Beachtung zu schenken.

In jüngster Zeit ist von Professor *Lang* in Wien zur Behandlung der Bubonen eine Methode empfohlen worden, der von vielen Seiten Rühmenswertes nachgesagt wird. Auch im Münchener Krankenhaus l. d. Isar wurde auf der Abteilung für Geschlechtskranke das Langsche Verfahren in Anwendung gezogen.

Dank der Güte des Herrn Professor *Posselt*, Leiter der syphilitisch-dermatologischen Abteilung, hatte ich Gelegenheit eine Anzahl so behandelter Fälle zu beobachten. Es ist mir eine angenehme Aufgabe, die mit dieser neuen Heilmethode gemachten Erfahrungen veröffentlichen zu dürfen, es erscheint mir aber zweckmässig, bevor ich mich dem eigentlichen Thema zuwende, Einiges noch über das Wesen des Bubo vorauszuschicken und eine wenn auch kurze Uebersicht über die bisher geübte Therapie zu geben, um den Wert der Langschen Methode besser würdigen zu können.

Jede Lymphdrüsenerkrankung, abgesehen von der rein traumatischen, ist der Ausdruck für eine in den Körpersäften zirkulierende Schädlichkeit, mag diese letztere nun organisierter oder chemischer Natur sein. Die Lymphdrüsen haben eben neben andern physiologischen Aufgaben auch die Bedeutung, dem Körper als Filtrationsapparat zu dienen, und sie bilden daher für die kreisenden Noxen gewissermassen eine Art Ablagerungsstätte. Es kann unter solchen Verhältnissen auch nicht fehlen, dass die Reaktion auf diese Schädlichkeiten im Gewebe der Lymphknoten sich sehr bald bemerkbar macht Die pathologischen Prozesse, welche sich in der Drüse abspielen, betreffen die einzelnen Bestandteile, Kapsel, Reticulum und das adenoide Gewebe, je nach der Art der Entzündung in verschiedenem Grade; das periadenitische Gewebe nimmt meist erst in vorgeschritteneren Fällen an der Entzündung teil und das Mitergriffensein desselben dokumentiert sich dadurch, dass die Drüsen nicht mehr einzeln, sondern als

ein Conglomerat zu fühlen sind, und dass die darüberliegende Haut nicht mehr von der Unterlage abhebbar ist. Ueber die Art der statthabenden entzündlichen Veränderungen in den Drüsen äussert sich *Weichselbaum*[1]) folgendermassen: „Die acute Entzündung der Lymphknoten ist wohl in den meisten Fällen durch Bakterien bedingt, und wird die Entzündung je nach dem Charakter derselben auch ein verschiedenes Verhalten zeigen. In allen Fällen wird zunächst neben Hyperämie eine Vermehrung der lymphoiden Elemente in den Follikeln und Follikularsträngen und eine Rarefaction des Reticulum eintreten, wobei die neuen Zellen durch Teilung der bereits vorhandenen oder durch Auswanderung aus den Blutgefässen entstehen können. Weiterhin kommt es entweder zur Nekrose (zur einfachen- oder Coagulations-Nekrose oder körnigem Zerfall der Kerne) oder zur Vereiterung. In letzterem Falle bilden sich zuerst im Innern der Follikel und Follikularstränge kleine Eiterherde, die später zusammenfliessen und selbst die ganze Drüse in einen Abscess verwandeln können und dann gewöhnlich auch die Umgebung in Mitleidenschaft ziehen. (Adenitis acuta resp. suppurativa.)

Bei der chronischen Entzündung sind namentlich Riticulum und Kapsel beteiligt, indem beide sich immer mehr verdicken und schliesslich unter gleichzeitigem Schwunde der lymphatischen Elemente in ein derbes schrumpfendes, zellarmes Gewebe umwandeln. (Induration und Atrophie.)“

Durch eine solche Adenitis acuta resp. suppurativa, deren Zustandekommen oben erklärt wird, ist nicht selten das Schankergeschwür kompliziert. Der Sitz dieses letzteren ist der Art der Uebertragung gemäss, bis auf seltene Ausnahmen, an den Genitalien, die in der Leistengegend befindlichen Drüsen sind demzufolge als die am nächsten

1) Weichselbaum, pathol. Histol., 1892, p. 242—243.

gelegenen am häufigsten der Irritation durch das Virus ausgesetzt. Vor Allem sind es die oberhalb der Fascia lata liegenden, von der Fascia superficialis bedeckten Drüsen, welche in Mitleidenschaft gezogen werden. Es ist bekannt, dass die im Leistendreieck befindlichen Lymphdrüsen durch die Fascia lata in oberflächlich- und tiefgelegene geschieden werden. Letztere, nur in geringer Zahl vorhanden, liegen der Scheide der grossen Schenkelgefässe unmittelbar an. Sie werden vom Schankergift eigentlich nie direkt affiziert, was wohl darauf zurückzuführen ist, dass sie die zuführenden Lymphgefässe aus einem andern Gebiet als die oberflächlichen Drüsen erhalten. Sind die tiefliegenden Drüsen einmal in einen Eiterungszustand versetzt, so hat sich wohl dieser Prozess von den oberen Schichten direkt auf sie fortgepflanzt. Im Allgemeinen ist die Affektion dieser Drüsen selten; ist dies aber einmal der Fall, so wird wegen der gefahrbringenden Nachbarschaft mit den grossen Gefässen die Prognose erklärlicher Weise sehr ungünstig beeinflusst.

Seit Alters her ist im Volksmund und auch unter den Aerzten für die Entzündung der Leistendrüsen, namentlich wenn sie durch eine geschlechtliche Erkrankung bedingt ist, der Name „Bubo“ gebräuchlich. Diese Adenitis inguinalis braucht natürlich nicht immer durch das spezifische Schankergift bedingt zu sein. Eine Entzündung dieser Lymphknoten kann auch hervorgerufen werden durch Traumen, welche die Inguinalgegend direkt treffen, — hierzu ist nicht einmal eine Perforation der äusseren Decke erforderlich —, ferner durch Exkoriationen an einer der unteren Extremitäten, wodurch den bekannten Eitererregern eine Eingangspforte geschaffen wird, und überhaupt durch jeden krankhaften Prozess, der sich in der Nähe abspielt und durch Konstitutionskrankheiten, wie Tuberkulose, Skorbut etc. In dieser Hinsicht, d. h. inbezug auf ihre Aetiologie, sind die Bubonen von den

verschiedenen Autoren einem verschiedenen Einteilungsprinzip unterworfen worden. Wir finden in der Literatur die erdenklichsten Unterscheidungen und Benennungen der Leistendrüsengeschwülste, welche aber alle nur geeignet sind, die heilloseste Verwirrung in der Nomenklatur anzurichten. Am zweckmässigsten erscheint noch die Einteilung, welche *Auspitz*[1]) angegeben hat. Er unterschied:

1) Idiopathische Bubonen (durch direkte Einwirkung auf die Leiste selbst — Traumen — entstanden). — Hierher wären auch die sog. „Bubons d'emblée" zu rechnen, d. h. Bubonen, die ohne irgend einen andern Primäraffekt entstanden sind, stets aber venerische Beschaffenheit zeigen. Die Existenz der „Bubons d'emblée" wird heutzutage kaum noch anerkannt.
2) Heteropathische Bubonen, sie treten immer als Folgeerscheinungen anderer lokaler Affektionen in der Nähe der Leiste auf:
   a) der einfache heteropathische Bubo, eine einfache, nicht virulent verlaufende Adenopathie im Gefolge der verschiedensten Lokalerkrankungen in der Nähe der Leistendrüsen,
   b) der Bubo als Folgeerscheinung lokaler, syphilitischer Induration;
   c) der virulente heteropathische Bubo als Folge des virulenten Schankers.
3) Bubonen infolge Allgemeinerkrankungen. (Tuberkulose, Leukämie etc.)

Bei nur einigermassen sorgfältiger Untersuchung wird es nicht schwer fallen, den vorliegenden Bubo auf seine Ursache zurückzuführen und ihn dann nach obiger Einteilung zu beurteilen. Einen Anhaltspunkt dafür, ob die

1) **Auspitz**, die Bubonen der Leistengegend. Arch. f. Derm. u. Syph., 1873, V. Jahrg.

Drüsenentzündung die Folge einer Genitalerkrankung oder irgend einer andern pathogenen Ursache sei, gibt Albert: „Steht der längste Durchmesser der Drüsengeschwulst parallel zur Längsachse des Oberschenkels, dann drang der entzündungserregende Stoff von den unteren Extremitäten ein; steht aber der längste Durchmesser der Adenitis parallel zum Poupartschen Bande, dann ist die Resorption der Krankheitsstoffe zweifellos von den Genitalien aus erfolgt.“ Es ergibt sich diese Art der Configuration wohl aus den natürlichen Verhältnissen der Inguinalgebilde. Ein Teil der Drüsen wird nämlich mit von den Genitalien herkommenden Lymphgefässen versorgt und zeichnet sich dadurch aus, dass die Drüsenlängsdurchmesser mehr in der Quere, also in der Richtung des Poupartschen Bandes verlaufen, eine andere Gruppe bezieht ihre Lymphgefässe aus der unteren Extremität und zeigt mit der Körperachse zusammenfallende Längsdurchmesser.

Von den verschiedenen Arten der Bubonen ist derjenige, welcher als Begleiterscheinung des weichen Schankers, des ulcus molle, auftritt, wohl am meisten Gegenstand wissenschaftlicher Erörterung, gegenwärtig mehr noch denn je, da seine noch wenig aufgeklärten Eigenschaften in der Neuzeit durch Fragen bakteriologischer Art noch komplizierter geworden sind. Es handelt sich bei dieser Adenitis im Wesentlichen um die Erwägung, ob dasselbe Virus, das für das ulcus spezifisch ist auch der Drüsenentzündung zugrunde liege, mit andern Worten, ob es berechtigt ist, dem Schankerbubo von vornherein alle Eigenschaften des weichen Geschwürs zuzuschreiben.

Die Thatsache, dass die Impfungen mit Buboneneiter, welche zur Ergründung von venerischen Affektionen schon zu Ricords Zeiten unternommen wurden, zu verschiedenen Resultaten führten, indem die Sekretübertragung bald ein typisches ulcus, bald nur eine geringe Reizung des Gewebes zur Folge hatte; ferner die Beobachtung, dass eine

Anzahl von venerischen Inguinaldrüsenschwellungen keine Tendenz zur Eiterung und einen durchaus gutartigen Verlauf zeigten, während ein Teil derselben trotz jeder Therapie zerfiel, und sich zu einem Geschwür mit gezackten, unterminierten Rändern und speckig belegtem Grunde, also zu einem regulären Schankergeschwür umbildete, gaben den Anlass zur Unterscheidung zwischen einfachem und virulentem Bubo, ein Unterschied, der jedoch auch heute noch nicht von allen Schulen anerkannt wird. *Ricord*,[1]) welcher zuerst die Aufmerksamkeit auf diese eigenartige Erscheinung lenkte, fand erst in neuerer Zeit durch *Strauss*[2]) eine Widerlegung, welcher an der Hand von 42 Fällen darthat, dass ein primär virulenter Bubo nicht existiere, dass dieser erst dann schankrös werde, wenn er nach seiner Eröffnung von aussen infiziert werde. Im Gegensatz zu diesem stehen *Horteloup*[3]) und *Diday*[4]) mit *Ricord* auf dem Standpunkt, dass es einen einfachen und einen primär virulenten Bubo gebe, während *Bäumler*[5]) jedem Bubo ohne Ausnahme die primäre Virulenz, den schankrösen Charakter, von vornherein zuschreibt, indem er sich folgendermassen äussert:

„Der Eiter aus einem solchen Abscess (Bubo) ist ebenso wie der Eiter des vorausgehenden Schankers inoculabel und oft genug äussert er diese Fähigkeit schon auf die Hautwunde, welche sich in ein wahres Schanker-

1) Auspitz l. c. p. 489.

2) Strauss, über die Virulenz des Bubos, welcher den weichen Schanker begleitet. Ref. in Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph., 1885, Jahrg. XII, p. 364.

3) Horteloup, de la virulence des bubons. Ann. de Derm. et Syph., 1885. Ref. in Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph. 1885, p. 165.

4) Diday, du bubon chancrelleux. Ann. de Derm. et de Syph., 1885. Ref. in Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph, 1885, p. 366.

5) Bäumler, Syphilis, in Ziemssens Handbuch d. speziell. Path. u. Ther. Bd. III 2, 1886, p. 124.

geschwür umwandelt, das oft um sich und in die Tiefe greift."

Von den zahlreichen andern Theorieen, welche bezüglich der Bubonen aufgestellt worden sind, sei nur noch diejenige *Auberts*[1]) erwähnt. Dieser Forscher nimmt an, dass jeder vereiternde Bubo nach ulcus molle in seinem Ursprunge schankrös sei, dass aber die erhöhte Temperatur in dem Abscess das virus sofort abtöte und dass dadurch der schankröse Bubo in einen einfachen verwandelt werde.

Während die bisher erwähnten Forscher das Wesen der Bubonen hauptsächlich auf dem Wege des Impfexperimentes zu ergründen suchten, ist den diesbezüglichen Untersuchungen in der Neuzeit eine ganz andere Richtung gegeben worden durch die hohe Entwickelung der Bakteriologie. Die ausgesprochen contagiöse Natur des weichen Schankers machte es in hohem Grade wahrscheinlich, dass ein spezifischer Mikroorganismus die unmittelbare Ursache desselben sei, und die in dieser Richtung gemachten Studien führten zu Resultaten, die zwar noch nicht beweiskräftig, mit Rücksicht auf ihre rasche Entwickelung aber doch recht erfreulich sind.

Der Italiener *de Luca,*[2]) der erste, welcher den spezifischen Schankererreger gefunden zu haben glaubte, brachte auf Grund seiner bakteriologischen Resultate für die Aetiologie der Bubonen folgende Erklärung: Der einfache Bubo entstehe, wenn lediglich die gewöhnlichen pyogenen Bakterien in die Lymphbahn einwandern, wozu diesen durch das offen zu Tage liegende Schankergeschwür reichlich Gelegenheit gegeben sei. Die ulceröse Adenitis dagegen sei bedingt durch die Ansiedelung des nach seiner Meinung für das ulcus molle charakteristischen Mikrokokkus; die aerobischen Eigenschaften des Letzteren machten es erklärlich, weshalb so viele Bubonen erst

1) Aubert, la chaleur et le chancre simple. Paris, 1885.
2) Ref. in Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph., 1886, p. 902.

nach der spontanen oder auch beabsichtigten Eröffnung schankrös würden.

Es erwies sich jedoch bald, dass *de Luca* bei seinen Forschungen nicht exakt genug vorgegangen sei; immerhin hatten seine Arbeiten den Erfolg, dass sie zu weiteren Untersuchungen in diesem Sinne veranlassten. Die bald darauf folgenden, unabhängigen Arbeiten von *Ducrey*,[1]) *Krefting*[2]) und *Spietschka*[3]) führten zu übereinstimmenden Resultaten, insoferne als es ihnen gelang, im Sekret der Schankergeschwüre neben den bekannten Strepto- und Staphylokokken constant einen Bazillus von annähernd gleichen Eigenschaften nachzuweisen — allerdings nur durch Färbemethoden — während sie den Inhalt der Bubonen stets völlig bakterienfrei fanden. Nur in einem Falle will *Krefting* den charakteristischen Bazillus auch im Bubonenciter aufgefunden haben, weshalb er im Gegensatz zu den beiden andern Forschern an der Möglichkeit der primären Virulenz der Bubonen festhält.

Wenn sich auch heute noch einige Autoren gegen die Annahme eines spezifischen Schankermikroorganismus ablehnend verhalten, wenn z. B. *Finger*[4]) dem ulcus molle wegen des Fehlens einer Incubation jedes spezifische Virus abspricht und dasselbe „für das Produkt der Impfung genügend irritierenden Eiters auf genügend irritable Haut- oder Schleimhautpartieen" hält, so vernichten doch anderseits die so auffallend übereinstimmenden Resultate von *Ducrey-Krefting-Spietschka* fast jeden Zweifel. Zwar können die von diesen Forschern als Erreger des weichen Schankers

1) Ducrey A., Monatsh. f. prakt. Derm. Bd. IX, Nr. 9 u. Arch. f. Derm. u. Syph., 1893, p. 197.

2) Krefting, Ergänzungsh. z. Arch. f. Derm. u. Syph., 1892, II, p. 41—62.

3) Spietschka, Arch. f. Derm. u. Syph., 1894. Bd. XXVIII: Zur Aetiologie des Schankerbubo.

1) Finger, Vortr. auf d. 58. Versammlg. deutscher Naturf. u. Aerzte zu Strassburg 18.—23. Sept. 1885.

beschriebenen Mikroorganismen nicht zur allgemeinen Anerkennung gelangen, bevor nicht die Züchtung der Letzteren auf künstlichen Nährböden geglückt ist, doch ist der constante und alleinige Befund derselben in den Impfschankern einer Reinzüchtung fast gleich zu erachten.

Die Isolierung des spezifischen Schankergiftes ist natürlich von fundamentaler Wichtigkeit für die Aetiologie der Bubonen. Die obigen Forscher kamen, nachdem sie in dem Drüseninhalt keinerlei Bakterien auffinden konnten, wie wir gesehen haben, übereinstimmend zu dem Resultat, dass der Bubo die Folge der von den Schankerbakterien gebildeten Stoffwechselprodukte sei. Ob unter gewissen Umständen diese Schankerbakterien sich auch primär im Buboinhalt vorfinden können, wie es *Krefting* nachgewiesen haben will, mit andern Worten, ob der Bubo ohne Infektion primär virulent, schankrös werden kann, wofür u. A. *Horteloup* und *Diday* eintraten, diese Frage ist nach wie vor offen geblieben. Doch ist anzunehmen, dass die so hoch entwickelte bakteriologische und mikroskopische Technik in nicht allzuferner Zeit auch in dieser Hinsicht jeden Zweifel beseitigen wird.

Die Verschiedenheit der Beurteilung, welche die venerischen Bubonen seit jeher gefunden haben, macht es erklärlich, dass die Therapie derselben sehr häufig von den widersprechendsten Gesichtspunkten aus in Angriff genommen worden ist. Da man den ganzen Körper von dem „Lustseuchenstoff" infiziert glaubte, so richteten einige Aerzte das Augenmerk vor allem auf die Allgemeinbehandlung, während die lokale Affektion wenig beachtet wurde. Es ist noch gar nicht so lange her, dass man den mit acuten Bubonen Behafteten eine Quecksilberkur gebrauchen liess, die natürlich gar keinen Einfluss auf den Verlauf der Adenitis hatte, wohl aber den Organismus in unnötiger Weise schwächte. Es ist der Verbreitung der dualistischen Lehre zu verdanken, dass man die

Nutzlosigkeit einer solchen Behandlung einsehen gelernt hat und nunmehr das lokale Leiden nur noch mittels lokaler Therapie zu beseitigen sucht.

Was die örtliche Behandlung selbst betrifft, so gingen auch hierin die Ansichten lange Zeit sehr auseinander. Von den alten Aerzten suchten manche die Vereiterung der Drüsen auf jede nur mögliche Weise herbeizuführen, in dem Glauben, mit dem entleerten Eiter gleichzeitig den Krankheitsstoff zu entfernen, während andere gerade das Gegenteil, die Verhütung des eiterigen Zerfalls, erstrebten. Erst *Hunter* und später *Ricord* waren es, welche mit aller Entschiedenheit dafür eintraten, dass die Drüsenentzündung so früh wie möglich zu coupieren und die Eiterbildung womöglich völlig zu verhindern sei.

Es ist heutzutage allgemein bekannt, mit welchen Gefahren für den Organismus unter Umständen der purulente Zerfall der Bubonen verbunden sein kann, und die ersten Massnahmen unserer Therapie bestehen demnach darin, die Eiterbildung zu verhindern und die Resorption der infiltrierten Partieen anzustreben.

Die Behandlung, welche dieses Ziel erreichen soll, nennt man die abortive.

Leider hat *Zeissl*[1]) recht, wenn er sagt: „Die Verhütung oder Sistierung der Vereiterung der Resorptionsbubonen, welche durch weiche Schanker bedingt werden, wird uns nur höchst selten gelingen.“ Von den zahlreichen Mitteln, welche, äusserlich appliziert, eine abortive Wirkung ausüben sollen, bietet eben kein einziges eine genügende Garantie, und daraus erklärt sich das unermüdliche Forschen nach neuen Behandlungsmethoden.

Die Massnahmen, deren wir uns zur Verhinderung der Eiterbildung bedienen, sind im wesentlichen dieselben, welche ganz allgemein zur Resorption von Entzündungsprodukten und zur Antiphlogose gebräuchlich sind.

1) Zeissl, Lehrb. d. Syph., 1882, p. 254.

Als Haupterfordernis für eine einigermassen erfolgversprechende Behandlung ist in erster Reihe, welches Mittels wir uns auch bedienen, eine unbedingt ruhige Lage des Patienten anzusehen. Vielfache Erfahrungen haben gelehrt, dass bei Frauen und überhaupt bei solchen Individuen, welche wenig körperliche Arbeit zu leisten haben, sich im Anschluss an einen Schanker der Bubo weit seltener entwickelt, als bei solchen, die zu angestrengter Thätigkeit gezwungen sind. Unzweifelhaft wirkt die Muskelbewegung förderlich auf den Transport des Virus nach den Drüsen, und diese Beobachtung, der Praxis dienstbar gemacht, hat sich glänzend bewährt, indem wir durch ruhige Lagerung bei frischen Schankergeschwüren nicht nur prophylaktisch wirken, sondern auch bei bereits vorhandenen Bubonen dem Weiterschreiten des Prozesses in manchen Fällen einen Damm entgegensetzen können.

Bei stark ausgeprägten entzündlichen Erscheinungen, bei starken Schmerzen, erhöhter Temperatur wird man die örtliche Applikation von Kälte — Eisbeutel, kalte Compressen — nicht umgehen können und, falls sich dadurch die Patienten nicht allzusehr belästigt fühlen, meist eine Besserung des Zustandes erzielen. Sicherer kommt man jedoch zum Ziel, wenn man statt der Kälte das basisch essigsaure Blei anwendet, das zuerst von *Zeissl* empfohlen worden ist. *Patzelt*[1]) berichtet über 67 nach der Zeisslschen Methode behandelte Fälle, von denen 33 zur vollkommenen Resorption gelangt sind in einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 32 Tagen. Gleichzeitig zur Kontrolle mit Brunnenwasser behandelte Bubonen zeigten nicht diesen günstigen Verlauf. Es ist keine Frage mehr, dass das Acetum Plumbi, namentlich wenn die erste Bedingung, Körperruhe, erfüllt ist, die Drüsenentzündung in den Anfangsstadien günstig beeinflussen kann, und

1) Patzelt, Arch. f. Derm. u. Syph., Jahrg. 5, 1873, 4. H.

wegen dieser guten Wirkung und der einfachen Anwendungsweise möchte wohl heute kein Arzt dieses Mittels ganz entraten.

Die verschiedenen Jodpräparate, welche überall da zur Anwendung kommen, wo die Resorption eines Infiltrates erzielt werden soll, und denen man namentlich eine spezifische Wirkung auf die Lymphdrüsen zuschreibt, werden auch zur Abortivbehandlung der Bubonen empfohlen. Ihre Anwendung ist namentlich bei weniger rapid verlaufenden Fällen angezeigt. Inbezug auf die Wirkung stehen sie den Zeisslschen Bleiessigumschlägen annähernd gleich, doch ist ihre Anwendungsweise weniger angenehm.

Das Unguent. Hydrarg. cinereum, das immer noch seine Anhänger hat, dürfte zur Resorption der Bubonen nicht sehr zu empfehlen sein.

Von andern Mitteln, welche zur abortiven Behandlung der Bubonen empfohlen worden sind, erwähne ich nur noch die Applikation von Vesicantien, die Massage und die permanente Compression, alles Massnahmen, die einander an Unsicherheit des Erfolges völlig gleichstehen. Gelegentlich führt wohl einmal das eine oder andere Mittel zum Ziel, aber dieses günstige Ereignis ist immerhin selten. Daher war man schon längst darauf bedacht, diese unsicher wirkenden sogenannten Abortivmittel zu ersetzen durch die rationellere chirurgische Behandlung. Solange man die moderne antiseptische Wundbehandlung nicht kannte, war der chirurgische Eingriff auf das Notwendigste und Einfachste beschränkt, und das Messer wurde vielfach durch das ferrum candens oder die sogar bis in die neuere Zeit beliebte sogen. „Wiener Aetzpasta“ ersetzt.

Der grosse Fortschritt, welchen die Chirurgie dank der modernen antiseptischen Wundbehandlungsmethode gewonnen hatte, machte sich auch sehr bald auf dem

Gebiete der Bubonenbehandlung bemerkbar. Statt der bisher geübten einfachen mehr oder minder breiten Incision wurde nunmehr die Radikaloperation vorgenommen, es sollte durch diese alles Krankhafte entfernt, dadurch der Entzündung der Boden genommen, und womöglich eine Heilung per primam erzielt werden; vor allem sollte sie den Heilungsverlauf abkürzen, indem sie im Gegensatz zur einfachen Incision, bei der man erst völlige Vereiterung der Drüsen abwartete, schon im Beginne der ersten Fluctuation ausgeführt wurde. Die Radikaloperation wird mit verschiedenen Modifikationen gegenwärtig fast allgemein geübt und besteht im Wesentlichen in einer auf stumpfem Wege erfolgenden Enucleation der vergrösserten und erkrankten Drüsen, an welche sich eine Bearbeitung der Höhlenwände mittels des scharfen Löffels schliesst. Die weitere Behandlung erfolgt nach chirurgischen Regeln.

Die Heilung kommt auf diese Weise auch prompt zustande, die Nachteile und Komplikationen früherer Operationsmethoden werden fast gar nicht beobachtet, und wir hätten somit in der Radikaloperation ein unübertreffliches Mittel zur Behandlung der Leistenbubonen.

Sehr günstige, mit dieser Methode erzielte Resultate veröffentlicht *Spietschka*[1]) aus Professor *Picks* Klinik zu Prag. Daselbst wurden bis zum Jahre 1891 alle Fälle von Lymphdrüsenschwellungen, wo bereits eitrige Schmelzung nachweisbar, also eine Rückbildung durch die bekannten äusserlichen Mittel nicht mehr zu erwarten war, ohne Zögern der Operation unterworfen. Im Jahre 1890 kamen 87 Fälle zur Behandlung, bei 12 von diesen gestaltete sich die Operation sehr schwierig und die Heilungsdauer ausnehmend lang, während bei den übrigen prompte Heilung mit glatter, weicher Narbe erzielt wurde. Die Heilungsdauer der operierten Bubonen betrug durchschnittlich

1) Spietschka, Ergänzungsh. z. Arch. f Derm. u. Syph. 1892, II, p. 63—104.

42,5 Tage, von den 12 komplizierten Fällen nahm einer 101, ein anderer 133 Tage zur Heilung in Anspruch. In einem Falle trat bei einem allerdings sehr unruhigen Patienten eine bedeutende Nachblutung ein, bei einem zweiten Falle musste die Vena saphena unterbunden werden, worauf sich eine bedeutende oedematöse Schwellung der unteren Extremität einstellte und im Anschluss daran eine ausgebreitete Phlegmone. Nach des Verfassers Angaben betrug die Heilungsdauer in den von *Ullmann* operierten Fällen durchschnittlich ebenfalls 40 Tage. Mit diesem Zeitraum von 6 Wochen stimmen andere Angaben ungefähr überein. Auf der chirurgischen Abteilung der kgl. Charitee [1]) zu Berlin schwankte die Zeitdauer der Heilung (431 Fälle in 7 Jahren) zwischen 3 und 10 Wochen, einige Fälle beanspruchten sogar eine noch längere Heilungsdauer.

Dem chirurgischen Verfahren wurde schon von Anfang an der Rang streitig gemacht durch eine Behandlung, welche zwar auch chirurgisch, aber doch möglichst conservativ vorgeht. Sowohl die hässlichen, compromittierenden Narben, welche nicht selten bei grosser Ausdehnung auch eine Behinderung des Gehens veranlassten, dann aber auch die Theorie, dass das so oft beobachtete Schankröswerden des eröffneten Bubo auf den Zutritt von Luft in das Innere des Abscesses zurückzuführen sei, gaben den Anlass zu einem Verfahren, dem diese Mängel nicht anhaften sollten, zur Punktion des Bubo. Man stach mit einem schmalen Spitzbistouri mitten in die Geschwulst ein, machte, wenn erforderlich mehrere Oeffnungen, entleerte den Eiter durch allseitigen Druck auf die entzündete Partie und hinderte den Luftzutritt durch einen Verschluss der gesetzten Oeffnung mit möglichst impermeablen Stoffen.

1) Robinson, Dissert.

Statt der einfachen Punktion wurde von *Grünfeld*[1]) die „Auspumpung“ des Eiters empfohlen, durch welches Verfahren der so gefürchtete Luftzutritt zur Wundhöhle absolut verhindert werden sollte und *Jules Roux*[2]) schloss an die Punktion die nachfolgende Injektion von Jodtinctur in die Wundhöhle. Trotz günstiger Erfolge, welche diese Behandlungsart aufzuweisen hatte, konnte sie sich doch keinen Eingang in die Praxis verschaffen, nicht zum geringsten Teil wohl deswegen, weil man in der combiniert chirurgisch-antiseptischen Wundbehandlung ein auch gegen virulente Bubonen unfehlbares Mittel zu haben glaubte, namentlich seit Anwendung des Jodoforms, das von *Pick*[3]) in Prag speziell zur Behandlung schankröser Geschwüre und virulenter Bubonen zuerst empfohlen wurde.

Erst in neuerer Zeit wurde dem Verfahren mittels Injektionen wieder mehr Beachtung geschenkt, seitdem *Welander*[4]) in Stockholm eine Methode zur Abortivbehandlung der Bubonen angegeben und gleichzeitig sehr günstige Erfolge seiner Versuche mitgeteilt hat.

Welander kam auf grund bakteriologischer Untersuchungen zu derselben Ueberzeugung wie *de Luca*, nämlich dass die Urheber der Schankeradenitis die bekannten Strepto- und Staphylococcen seien; wenn also die Antiseptica sich auch sonst gegen die Eitererreger bewährten, so müsste ihre Wirkung auch hier zu Tage treten, und in dieser theoretischen Erwägung begann er seine Versuche, indem er zuerst Sublimatlösung (1 : 100) in die Drüse injizierte. Doch die Schmerzhaftigkeit der Sublimatinjektionen veranlasste ihn bald nach einem andern geeigneten Präparat zu suchen, obwohl inzwischen

1) Grünfeld, Wien. med. Presse, 1869, Jahrg. 10.

2) Jules Roux, du bubon suppuré et de son traitement local par les inject. jodées. Arch. gén. Sept. 1846 et mars 1847.

3) Lažansky L., Arch. f. Derm. u. Syph., 1875.

4) Welander, Arch. f. Derm. u. Syph., 1891, Jahrg. XXIII, p. 43—60 u. 379—384.

seine Theorie durch *Ducreys* Untersuchungen, wonach der Bubo ein Produkt von Stoffwechselprodukten sei, hinfällig geworden war. In der Annahme, dass andere Quecksilberverbindungen denselben antiseptischen Wert besitzen, wie das Sublimat, benützte er nun zu den Injektionen Benzoate de Mercure (benzoesaures HgO), dasselbe, das zu Injektionen gegen Syphilis angewandt wird, ohne bedeutende Infiltration und Schmerzen zu veranlassen. Seine Versuche hatten den Zweck, Abscessbildung zu verhindern, Injektionen in bereits vereiterte Drüsen gaben ein ungenügendes Resultat. Gewöhnlich genügten zwei nacheinander und an verschiedenen Stellen ausgeführte Einspritzungen von je ½ gr. einer 1% Lösung. Unter 100 so behandelten Bubonen war nur in 2 Fällen dreimalige und in 6 Fällen eine zweimalige Wiederholung der Injektion erforderlich. Die Schmerzhaftigkeit, zwar geringer als bei Sublimateinspritzungen, war doch beträchtlich und dauerte oft einige Stunden. Die Schwellung nahm gewöhnlich in den nächsten Tagen ab, nicht selten stellte sich aber nach einiger Zeit Fluctuation ein, die jedoch in kurzer Frist stets von selbst wieder geschwunden ist. Bei 78% der Fälle (alles gar nicht oder nur wenig fluctuierende Bubonen) erzielte *Welander* ein absolut günstiges Resultat, bei 8 Fällen, die vollständige Fluctuation darboten, kam es nicht zur Resorption des Eiters, er musste täglich durch Druck entleert werden. In 5 Fällen erwies sich der Bubo als virulent, die Quecksilberlösungen vermochten diesen Zufall ebensowenig zu verhindern, wie sie gegen die gewöhnlichen ulcera ebenfalls machtlos sind. Auf grund seiner Erfahrungen zieht *Welander* folgende Schlüsse:

I. Ist der Bubo in sich selbst virulent, so kann eine Injektion von benzoesaurem Quecksilberoxyd nicht hemmend auf seine Entwickelung einwirken — er geht in Suppuration über.

II. Findet sich bedeutende Fluctuation und ist die

Haut dünn und blaurot, so kann die Injektion nur insoweit von Nutzen sein, als dadurch die Infiltration, die sich möglicherweise in der Umgebung vorfindet, schneller zurückgeht — in der Regel muss aber der Bubo geöffnet werden.

III. Ist eine ziemlich bedeutende Fluctuation vorhanden, die Haut aber, obschon rot, noch dick und gut genährt, so findet sich recht gute Aussicht, dass bei einer Injektion in die infiltrierte Umgebung des Bubo derselbe (in möglicherweise 50% der Fälle) nicht geöffnet zu werden braucht.

IV. Findet sich keine oder nur eine unbedeutende Fluctuation, so ist die grösste Aussicht vorhanden (in möglicherweise 90% der Fälle), dass, wenn selbst während einiger Tage die Fluctuation bedeutend sein, auch während ein paar Tagen der einzelne Tropfen Eiter aus der Einstichswunde hervorsickern sollte, der Bubo verschwindet, ohne dass er in der Haut die geringste Spur von einer Narbe zurücklässt.

Welanders Versuche munterten allenthalben zur Nachahmung auf; die veröffentlichten Berichte sprechen sich auch sehr günstig über dieses Verfahren aus, nur hat es, wie *Welander* selbst zugibt, den Nachteil, dass seine Anwendung nur in beschränktem Maasse möglich ist, nämlich nur dann, wenn keine oder nur geringe Schmelzung des Gewebes vorhanden ist.

An Professor *Picks* Klinik in Prag wurde, wie aus einem Bericht *Spietschkas*[1]) hervorgeht, *Welanders* Methode auch geübt, anfangs nur an geeigneten Fällen, später jedoch ohne Unterschied des Stadiums der Bubonen. Die Injektionen wurden auch in völlig vereiterte Drüsen gemacht und dabei dem Eiter durch eine Incision, so oft es nötig war, Abfluss verschafft. Die Einspritzungen wurden im Gegensatz zu *Welander* öfter wiederholt, und

1) Spietschka l. c.

falls sich einige Tage nach der Injektion, wie oben bereits erwähnt, Fluctuation eingestellt hatte, wurde nicht allzulange auf die Resorption gewartet, sondern die Abscesshöhle breit geöffnet. In manchen Fällen wurde das Verfahren nur angewandt, um den unvermeidlich gewordenen chirurgischen Eingriff dadurch zu erleichtern, dass durch die Injektion etwaige krankhafte Drüsen, die sonst in toto hätten exstirpiert werden müssen, der Verflüssigung entgegengeführt und dadurch die Ausräumung der Wundhöhle mit dem scharfen Löffel allein ermöglicht wurde. *Spietschka* berichtet über 62 Fälle, bei denen die Injektionen mit Hydrarg benzoat. angewendet wurden, bei 23 Patienten genügten die Injektionen allein zur Heilung der Adenitis, bei 13 wurde ausserdem der Inhalt der Geschwulst durch eine Incision entleert, bei 26 Fällen wurde einige Zeit nach der Injektion zur Operation (Excochleation) geschritten. Die Heilung erforderte im Durchschnitt bei der ersten Gruppe 19 Tage, bei der zweiten 28 und bei der dritten 30, 66 Tage. Schmerzen unmittelbar nach der Injektion und Fieber (39° und darüber) wurden fast immer beobachtet. Diesem combinierten *Welanderschen* Verfahren werden von *Spietschka* viele Vorteile nachgerühmt, aber dem Haupteffekt, den *Welander* erstrebt, der absoluten Vermeidung der Narbe, wird mit dieser Modifikation am allerwenigsten entsprochen.

Die Injektionen mit Hydrarg. benzoat. sind auch an der hiesigen Klinik mit gutem Erfolge versucht worden, aber die Möglichkeit, diese Methode anzuwenden, ist, wie oben schon bemerkt, sehr beschränkt, indem sie nur bei nicht oder nur wenig Fluctuation zeigenden Bubonen ihren Zweck erfüllt. Es ist aber eine bekannte Erfahrung, dass der grösste Teil der Bubonen erst in ärztliche Behandlung kommt, wenn bereits völlige Vereiterung eingetreten ist. Die Patienten suchen infolge eines erklärlichen Schamgefühls die Consultation des Arztes möglichst

hinauszuschieben, in der Hoffnung, die Geschwulst werde ohne ärztliche Hilfe von selbst oder unter Anwendung irgend welcher Hausmittel wieder verschwinden, und erst, wenn der Schmerz unerträglich geworden und bereits völlige Vereiterung eingetreten ist, nehmen sie meist ärztliche Hilfe in Anspruch. Wir werden also selten Gelegenheit haben, das Welandersche Verfahren zur Anwendung zu bringen.

Dem Wunsch, die Bubonentherapie um ein Mittel zu bereichern, welches bei den am häufigsten zur Beobachtung kommenden Adenitiden, nämlich den bereits in eitrige Schmelzung übergegangenen, Anwendung finden könnte, und das gleichzeitig alle bisher erstrebten Vorteile, Vermeidung der Narbe, Abkürzung der Heilungsdauer in sich vereinigt, scheint ein Verfahren zu entsprechen, das von Professor *Lang* in Wien angegeben worden ist. Die ersten Berichte über diese Behandlungsart sind von Dr. *Nobl*[1]) veröffentlicht. Das Verfahren besteht in Folgendem: Nachdem der Entzündungsherd auf das Sorgfältigste unter allen antiseptischen Cautelen zur Operation vorbereitet ist, wird mittels eines Spitzbistouris in die am meisten fluctuierende Stelle eingestochen, so, dass eine höchstens 3—4 mm breite Stichöffnung entsteht. Hierauf zerrt man die Ränder der minimalen Wunde mit den Fingern auseinander und übt gleichzeitig einen sanften Druck auf den Eiterherd aus. Nachdem auf diese Weise der grösste Teil der Eitermassen entleert ist, wird nun eine $^1/_2$— 1 proz. Silberlösung in die Abscesshöhle injiciert. Das Quantum der zu verwendenden Flüssigkeit hängt vollständig von der Grösse des Hohlraumes ab. Die Injektionen werden gewöhnlich solange fortgesetzt, bis die Wundhöhle eine pralle Spannung ihrer Wandungen zeigt, was sich schon dadurch äussert, dass die eingebrachte Flüssigkeit nach Wegnahme der Injektionsspritze sich in-

1) Nobl, Wien. med. Wochenschr., 1894, Nr. 36 u. 37.

folge des hohen Druckes in weitem Strahle von selbst entleert. Zur Injektion bedient man sich, um die Reizung der sehr empfindlichen Wundränder möglichst zu vermeiden, einer Spritze mit stumpfem Ansatz; als sehr zweckmässig zu diesem Behufe erweist sich die ihrer Canüle entledigte Pravaz-Spritze. An der Stelle der Lapislösung wurde in der Langschen Klinik später, wie Dr. *Nohl* angibt, mit Vorteil ein neues Präparat, das Argentamin, in gleicher Lösung angewandt. (Auflösung von 10 Tl Silberphosphat in einer Solution von 10 Tl. Aethylendiamin in 100 Wasser.) Dieses alkalisch reagierende Präparat soll sich von einer wässerigen Höllensteinlösung dadurch unterscheiden, dass es weder mit kochsalzhaltigen noch mit eiweisshaltigen Flüssigkeiten Niederschläge gibt. Ferner soll es nicht nur hinsichtlich seiner Desinfektionskraft dem argent. nitric. überlegen sein, sondern auch dadurch, dass es tiefer in das organische Gewebe eindringt als eine Höllensteinlösung unter denselben Bedingungen. (Ueber die Verwendbarkeit des Argentamin kann ich mir aus eigener Anschauung kein Urteil erlauben, da die von mir beobachteten Fälle ausschliesslich mit argent nitric. behandelt worden sind.) Nach 2—3 Minuten wird die Flüssigkeit, soweit sie sich nicht schon von selbst entleert hat, durch Druck auf die Abscessdecke entleert, und gleichzeitig mit ihr kommen geronnene Eitermassen sowie necrotische Gewebsfetzen zu Tage. Hierauf wird die Punktionsöffnung mit reichlicher Jodoformgaze bedeckt, welche durch eine spica coxae fixiert wird. In sehr stark entzündlichen Prozessen empfiehlt *Lang*, die Oeffnung und den ganzen Abscess mit Bleiwassercompressen zu bedecken. Der Wechsel des Verbandes hat sich nach der statthabenden Sekretion zu richten. Gewöhnlich genügt es, jeden zweiten Tag die Wunde zu kontrollieren und gleichzeitig eine neue Injektion vorzunehmen. Im Ganzen reicht in den meisten Fällen die drei- bis viermalige Wiederholung der Injektion bis zur völligen Heilung

aus. Während sich gleich nach vollzogener Operation ein dicker, rahmiger Eiter aus dem Stichkanal entleert, kann man die Beobachtung machen, dass beim nächsten Verbandwechsel das Sekret bereits dünnflüssiger geworden ist, und bei der dritten und den weiteren Visiten erweist sich die ausgepresste Flüssigkeit als eitrig-serös und schliesslich als rein lymphatisch und sehr spärlich. Nicht selten sind die Ränder der Punktionsöffnung beim zweiten Verbandwechsel bereits völlig verklebt, dann ist es erforderlich, behufs nochmaliger Injektion und zur Vermeidung einer Sekretverhaltung, dieselben durch geeignete Manipulationen mit den Fingern zum Klaffen zu bringen. Der Heilungsvorgang scheint in einer rein adhaesiven Entzündung zu bestehen, welch durch das Argentum angeregt wird. Durch die wiederholten Injektionen, welche, wenn sie sachgemäss ausgeführt werden, sich in alle Buchten und Nischen der Eiterhöhle erstrecken müssen, wird das krankhaft veränderte Gewebe total necrotisiert und dieses dann durch einen demarcierenden Entzündungsvorgang abgestossen. *Nobl* stellt den Heilungsvorgang einer prima intentio gleich, weil die Abscesswände sich aneinander legen und unmittelbar, d. h ohne dass es hierzu einer üppigen Granulationsbildung bedürfte, miteinander verwachsen. Auch in den Stadien, wo die Abscessdecke völlig mit der Unterlage verwachsen ist, und wo ihre livide Verfärbung die Mitbeteiligung an dem entzündlichen Vorgang anzeigt, ist das Verfahren mit Erfolg ausführbar; in den Fällen natürlich, wo das äussere Integument bereits perforiert ist, dürfen wir von einer conservativen Therapie keinen Erfolg mehr erwarten, da die Haut bereits in grösserer Ausdehnung der Necrose anheimgefallen ist und entfernt werden muss. Ob das Argentum imstande ist, das Schankervirus, falls es im Bubo vorhanden ist, in seiner Entwickelung zu hemmen, über diese Frage lässt sich *Nobl* nicht aus, ein Schankrös-

werden der Wundränder will er bei den Hunderten von so behandelten Fällen nicht beobachtet haben.

Folgende aus dem Münchener Krankenhaus l. d. Isar stammende Krankengeschichten mögen ein Bild geben von dem Heilungsverlauf der Bubonen unter Anwendung der *Langschen* Methode.

I. Gruppe.

Fälle, die nach Punktion und Injektion von argent. nitric. prompt zur Heilung kamen.

I. Fall. B. J., 26jähr. Taglöhner. Eintritt 5. Jan. 1896. Angebliche Infektion vor 4 Wochen. Ulcera mollia am frenulum und dem inneren Präputialblatt. Links eitrige Leistendrüsenschwellung im Verhältnis von 10 : 5 cm.*) Ausgedehnte Fluktuation, stark entzündliche Rötung der Haut, starke Druckempfindlichkeit. Afebril.

9. Jan. Incision. Es entleert sich eine grosse Menge dickflüssigen Eiters. Ausspülung mit Argent.-Lösung. Afebril.

11. Jan. V.-W.**) Geringe dünnflüssige Sekretion, keine Druckempfindlichkeit. Ausspülung. Afebril.

15. Jan. V.-W. Incisionsöffnung vollkommen verheilt. Fortgesetzt afebril. An Stelle des Bubos ist eine Infiltration zurückgeblieben, nicht sehr derb, nicht druckempfindlich. Geheilt.

Heilungsdauer des l. Bubo 6 Tage nach der Operation.

Inzwischen hat sich auch auf der r Seite, wo sich ursprünglich ein derber, nicht fluktuierender Bubo zeigte, Suppuration eingestellt. Der Tumor von der Grösse eines Hühnereies. Haut stark gerötet, grosse Empfindlichkeit, bei Druck wie bei aktiver Bewegung gegen den Oberschenkel ausstrahlend.

17. Jan. Incision. Es entleeren sich reichliche Mengen

*) Die Zahlen bedeuten Längen- und Breitendurchmesser.
**) Die Abkürzung V.-W. bedeutet Verbandwechsel.

ziemlich dickflüssigen, rahmigen Eiters. Ausspülung mit Arg.-Lösung. Afebril.

20. Jan. V.-W. Incisionsöffnung geschlossen, Haut kaum mehr verfärbt, keine Druckempfindlichkeit. Afebril. Geheilt.

Beiderseits prall-elastische Infiltrate zurückgeblieben als 3—4 cm lange, etwa kleinfingerdicke, doch keineswegs scharf abgrenzbare Wülste, über denen die Haut etwas stärker pigmentiert als normal erscheint. Die von der Incisionsöffnung herrührende Narbe als solche kaum zu erkennen.

Heilungsdauer des r. Bubo 4 Tage nach der Operation.

2. Fall. G. K., 19jähr. Maler. Eintritt 3. Febr. 1896. Papillomatöse Wucherungen im sulc. retrogland. und am innern Präputialblatt. Balanitis, kein ulcus. Orific. urethrae stark verengt durch eine Narbe, scheinbar herrührend von einem früher abgelaufenen geschwürigen Prozess, der aber vom Pat. negiert wird. Beiderseits Schwellung der Lymphdrüsen und des periadenitischen Gewebes. Druckempfindlichkeit.

13. Febr. In der l. Leiste die Geschwulst 11 : 8 cm, rechts 7 : 8 cm, beide Tumoren flach höckrig, die Haut darüber stark livid verfärbt. Beiderseits Fluktuation Rechts stärkere entzündliche Rötung als links und Durchbruch drohend Während der Vorbereitung zum operativen Eingriff hat Pat selbst den Abscess rechts durch Drücken zum Aufbruch gebracht. Links Incision. Es entleert sich ziemlich reichliche, dunkelbraunrote eitrige Flüssigkeit. Ausspülung mit Arg.-Lösung. Die Empfindlichkeit ist ziemlich beträchtlich. Afebril.

15. Febr. Die Aufbruchstelle rechts schankrös. Stark entzündliche Reizerscheinungen der Haut. Links sind die entzündlichen Reizerscheinungen der Haut vollständig verschwunden. Eine bräunliche Verfärbung der Haut zurückgeblieben, keine Empfindlichkeit. Aus der Incisionsöffnung entleert sich auf Druck eine mässige Menge noch ziemlich dickflüssigen eitrigen Sekrets. Afebril.

17. Febr. V.-W. Aus der Incisionsöffnung sickert seröse, wenig getrübte, auf Druck mehr blutig-tingierte Flüssigkeit.

Ausspülung mit Arg.-Lösung. Rechts der am 15. Febr. durch 50% Chlorzinkätzung bewirkte Aetzschorf in beginnender Abstossung. Temperatur 38,3°.

19. Febr. V.-W. Rechts das Geschwür vollkommen in Reinigung. Aus der Incisionsöffnung links auf Druck Ausfliessen von wenig ziemlich dünnflüssigen eitrigen Sekrets. Nach links von der ursprünglichen Incisionsöffnung durch einen etwa $1^1/_2$ cm langen derben Wall getrennt ist eine weitere Partie des Infiltrats zur Suppuration gekommen. Unter diesen Wall hindurch scheint eine Kommunikation zwischen diesem neuen Abszess und dem incidierten zu bestehen, denn bei starkem Druck auf ersteren ist das Sekret aus der Incisionsöffnung vermehrt und ausgesprochen eitrig Dagegen erscheint es sehr zweifelhaft, dass die injicierte Silberlösung in die Partien gelangt. Pat. verweigert die zweite Incision. Afebril.

21. Febr V.-W. Der erwähnte isolierte Abszess wesentlich vergrössert Es besteht eine fluktuierende Geschwulst mit livid verfärbter Haut von 6 : 3,5 cm. Aus der ersten Incisionsöffnung entleert sich dünnflüssiges, spärliches, leicht sanguinolent-eitriges Sekret Incision des zweiten Abszesses. Es werden grosse Mengen dicken rahmigen, sanguinolenten Eiters entleert Ausspülung beider Wunden mit Argent.-Lösung. Afebril.

23. Febr. V.-W. Erste Incisionsöffnung geschlossen. Aus der zweiten entleert sich wenig dünnflüssiges, rotbräunliches Sekret. Die darüberliegende Haut schmutzigbraunrot verfärbt. Keine Empfindlichkeit. Rechtes Geschwür in Heilung. Afebril. Pat. wird auf Veranlassung der Verwaltung entlassen.

Am 21. März kommt Pat., aus dem Gefängnis entlassen, wieder, um sich vorzustellen. Rechts das Geschwür vernarbt, links die erste Incisionsöffnung als Narbe kaum erkenntlich, die zweite Incisionsöffnung gleichfalls geschlossen, darunter aber Fluktuation Es gelingt, die Incisionsöffnung auseinanderzuziehen, worauf sich aus dem etwa taubenei grossen Abszess eine ziemlich dünnflüssige, bräunliche

Flüssigkeit entleert. Keinerlei Druckempfindlichkeit, keine Ausspülung mit Arg.-Lösung.

Am 25. März kommt Pat. wieder. Auch die zweite Incisionsöffnung geschlossen. Keine Sekretretention. Keine Druckempfindlichkeit. Die Haut bräunlich verfärbt, schuppend über mässig derbem Infiltrat.

Heilungsdauer des linken, zuerst incidierten Abscesses vom 13. Febr. bis 23. Febr., also 10 Tage.

Beim zweiten linksseitigen Abscess zog sich die Heilungsdauer wegen Unterbrechung der Kur in die Länge und beanspruchte ca. 4 Wochen.

3. Fall. D. A., 18jähriger Kanzleigehilfe. Eintritt 12. Febr. Folliculäre Schankergeschwüre auf dem Praeputium. Gonnorrh. chron. anter. Lymphadenit. suppur. dextra. Drüsenabscess 10 : 6 cm. Deutliche Fluktuation. Haut stark livid verfärbt und ziemlich dünn.

13. Febr. Incision. Es entleert sich eine reichliche Menge dicken, sanguinolenten Eiters. Ausspülung mit Arg.-Lösung.

15. Febr. V.-W. Auf Druck entleerten sich nur wenige Tropfen leicht getrübter seröser Flüssigkeit. Haut livid. Keine Druckempfindlichkeit. Afebril Ausspülung mit Arg.-Lösung.

17. Febr. Incisionsöffnung vernarbt, Haut in geringem Grade livid verfärbt, leicht schuppend, von der darunterliegenden kleinen Infiltration nicht abzuheben. Geheilt.

Heilungsdauer 5 Tage nach der Operation.

4. Fall. W. A., 18jähr. Schlosser. Eintritt 7. Febr. Seit 5 Wochen ulcera moll. am innern Präputialblatt, rechterseits sowie in der Nähe des Frenulum. Leichte Induration bei allen nachzuweisen. Seit 14 Tagen Lymphadenitis inguin. sinistr., hühnereigross, druckempfindlich.

15. Febr. Geschwüre nahezu verheilt. Bubo gänseeigross 9 : 6 cm, Haut darüber stark gerötet, stellenweise schuppend, deutlich fluktuierend. Incision. Es entleert sich reichlicher, dicker, grünlichgelber sanguinolenter Eiter. Ausspülung mit Arg.-Lösung.

17. Febr. V.-W. Entzündliche Erscheinung der Haut

vollkommen verschwunden, geringe Rötung und Schuppung; statt des Tumors leichte Infiltration zu fühlen. Aus der Incisionsöffnung erfolgt dünnflüssige, sanguinolente Sekretion. Ausspülung mit Arg.-Lösung.

19 Febr. V.-W. Haut schuppend, aus dem Stichkanal ist kaum noch etwas dünnflüssig-eitriges Sekret auszupressen. Geschwüre völlig geheilt.

21. Febr. V.-W. Incisionsöffnung verheilt, nicht mehr auseinanderzuziehen. Zurückgeblieben eine mässig derbe Infiltration. Haut ganz wenig gerötet. Keine Druckempfindlichkeit.

22. Febr Incisionsöffnung kaum wahrnehmbar, geringe Infiltration. Geheilt entlassen. Während der ganzen Zeit afebril.

Heilungsdauer 7 Tage nach der Operation.

5. Fall. K. J., 36 jähr. Vergolder Eintritt 9. Jan. Angebliche Infektion im November v J. Frenulum stark geschwellt, an der glandulären Insertion beiderseits narbige Einziehung, keine Härte. In der r. Leiste ein gut mannsfaustgrosser Drüsentumor, Haut darüber stark gerötet, stellenweise livid verfärbt, druckempfindlich. In der Ausdehnung von 4 : 2 cm besteht Fluktuation.

10. Jan. Incision. Es entleert sich massenweise dickflüssiger, grüngelber Eiter, zum Schluss mit Blut untermischt. Ausspülung mit Arg.-Lösung.

12. Jan V.-W. Aus der Incisionsöffnung entleert sich auf Druck wenig Eiter, wesentlich dünnflüssiger, keine Druckempfindlichkeit. Haut livid, aber nicht entzündlich. Ausspülung mit Arg.-Lösung.

15 Jan. V.-W. Tumor nur noch hühnereigross, Haut darüber prall gespannt, aus der Incisionsöffnung entleert sich massenweise dünnflüssiger Eiter. Ausspülung.

17. Jan. V.-W. Rötung der Haut im Zurückgang. Keine Druckempfindlichkeit. Abscess nur wenig gefüllt. Auf Druck entleert sich geringes dünnflüssig-eitriges Sekret. Ausspülung mit Arg.-Lösung

22. Jan. V.-W. Verfärbung der Haut im Rückgange. Aus der Incisionsöffnung entleert sich nur wenig hellgelbes Sekret. Ausspülung mit Arg.-Lösung.

25. Jan. V.-W. Es entleert sich sehr spärliches, ganz dünnes seröses Sekret. Ausspülung mit Arg.-Lösung.

28. Jan. Wundränder verheilt, kaum erkennbar Keine Druckempfindlichkeit. Während der ganzen Zeit afebril.

Heilungsdauer 18 Tage nach der Operation.

6. Fall. W. K., 25jähr Hausmeister. Eintritt 22. Febr. 2 ulcera moll. am innern Präputialblatt. Inguinaldrüsen rechts geschwellt, bilden einen einzigen Tumor. Keine Fluktuation. Aetzung der Geschwüre mit 50% Chlorzinklösung. Bleiessigumschläge auf den Bubo.

27. Febr. Unter leichter Temperatursteigerung (37,8°, 38,4) ist inzwischen Suppuration eingetreten. Fluktuation in der Ausdehnung von 2 cm. Incision des Bubo. Es entleert sich ziemlich reichlicher, dicker rahmiger Eiter. Ausspülung mit Arg.-Lösung.

29. Febr. V.-W. Beim Auseinanderziehen entleert sich in mässiger Menge weisslich gelbes, ziemlich dünnflüssiges Sekret. Afebril. Ausspülung mit Arg.-Lösung.

3. März. V.-W. Es entleert sich auf Druck immer noch mässig dickflüssiges, helles Sekret. Ausspülung mit Arg.-Lösung Afebril.

5. März. V.-W. Keine Aenderung. Ausspülung mit Arg.-Lösung.

7. März. V.-W. Die Sekretion ist sehr gering und ganz dünn. Ausspülung mit Arg.-Lösung.

Zu bemerken ist in diesem Falle, dass Pat sich sehr schlecht gehalten hat, beständig selbst den Verband lockerte und an der Incisionsöffnung herumdrückte. Pat. wird heute auf eigenen Wunsch entlassen.

10. März. Pat. ist gestern wieder zugegangen. An Stelle des früheren Bubo eine geringgradige Infiltration, über welcher die Haut leicht livid verfärbt ist nur um die 3 mm lange Incisionsöffnung besteht lebhafte Rötung und stärkere Druckempfindlichkeit. Fortsetzung des Langschen Verfahrens.

12. März. Es entleert sich eine geringe Menge dünnflüssigen Eiters. Ausspülung mit Arg.-Lösung. Afebril.

14. März. V.-W. Die Wundränder im Begriff zu ver-

kleben. Es entleeren sich nur ein paar Tropfen trüben, serösen Sekrets. Keinerlei entzündliche Erscheinungen. Afebril. Pat. tritt aus.

Nach einigen Tagen kommt Pat. wieder, um sich vorzustellen. Vollkommene Heilung. Leichte Pigmentierung und geringe Infiltration zurückgeblieben. In der Mitte der pigmentierten Stelle eine durch stärkere Pigmentierung auffallende kleine lineare Narbe.

Heilungsdauer 17 Tage nach der Operation.

7. Fall. H. J., 28jähr. Kunstmaler. Eintritt 11. Febr. Seit vier Wochen ulc. molle frenuli. Im sulcus retrogland. rechts ein kleines gestieltes Papillom. In der linken Leiste eine etwas über haselnussgrosse indolente Drüse. Rechts dagegen die Haut in mässigem Grade gerötet und vorgewölbt, schmerzhaft. Darunter ein Tumor von 5 : 3 cm.

13. Febr. Auf Zeisselsche Bleiessigumschläge hat die Empfindlichkeit der Geschwulst nachgelassen. Keine Fluktuation. Afebril.

17. Febr. Rechte Drüsengeschwulst fluktuierend, Haut gerötet, mässige Druckempfindlichkeit. Incision. Es entleert sich eine reichliche Menge dicken rahmigen Eiters, dem sich allmählich etwas Blut beimischt. Ausspülung mit Arg.-Lösung. Afebril.

19. Febr. V.-W. Die Haut ist kaum noch etwas verfärbt, aus der Incisionsöffnung entleert sich reichlicher, noch ziemlich dickflüssiger Eiter. Keine Schmerzhaftigkeit. Afebril. Ausspülung mit Arg.-Lösung.

21. Febr. V.-W. Geringe, etwas sanguinolente Sekretion. Ausspülung mit Arg.-Lösung. Afebril.

24. Febr. V.-W. Geringe, fast rein seröse Sekretion. Ausspülung mit Arg.-Lösung. Afebril.

28. Febr. Aus der Incisionsöffnung entleert sich ein Tropfen dünnflüssigen, trüben Sekrets. Ausspülung mit Arg.-Lösung.

1. März. Die Incisionsöffnung vernarbt, keine Druckempfindlichkeit. Zurückgeblieben eine geringe bräunliche Pigmentierung. Pat. geheilt entlassen.

Heilungsdauer 17 Tage nach der Operation.

8. Fall. W. K., 34 jähr. Händler. Eintritt 19. März Vor 6 Wochen bestand ulc. molle frenuli. Seit 3 Wochen Lymphaden. inguin. sinistra, die von Tag zu Tag zunahm und immer mehr Schmerzen bereitete.

20. März. Bubo 16 : 8 cm, Haut über demselben gerötet. An einer gegen die Schenkelfalte zu gelegenen Stelle findet sich ganz intensive Rötung und Fluktuation, hier ist auch die Schmerzhaftigkeit bedeutender. Der übrige Teil des Tumors fühlt sich hart und derb an. Incision. Es entleert sich eine beträchtliche Menge eitrigen, ziemlich dickflüssigen Sekrets. Ausspülung mit Arg.-Lösung. Afebril.

23. März. Auf Druck entleert sich eine geringe Menge dünnflüssigen, eitrig-sanguinolenten Sekrets. Die phlegmonöse Rötung der Haut zurückgegangen, die Geschwulst aber noch ziemlich gross und sehr empfindlich. Afebril. Ausspülung mit Arg.-Lösung.

26. März. V.-W. Rötung und Schwellung des Tumors bedeutend kleiner. Aus der Incisionsöffnung entleert sich eine geringe Menge serös-sanguinolenten Sekrets. Ausspülung mit Arg.-Lösung. — Inzwischen hat sich oberhalb des Poupartschen Bandes nach aussen von der alten Geschwulst ein neuer fluktuierender Herd in der Ausdehnung von 8 : 2 cm gebildet. Die Haut über demselben ist tiefrot gefärbt. Incision dieses neuen Abszesses. Es entleert sich eine beträchtliche Menge ziemlich dünnflüssigen eitrigen Sekrets. Ausspülung mit Arg.-Lösung.

30. März. V.-W. Rötung und Schwellung bedeutend vermindert, die erste Stichöffnung etwas verklebt, erst bei stärkerem Auseinanderziehen und Druck entleert sich eine noch ziemlich beträchtliche Menge dünnflüssigen, gelb-sanguinolenten Sekrets. Ausspülung mit Arg.-Lösung. Afebril.

1. April. V.-W. Geringe Menge mässig dickflüssigen Sekrets. Ausspülung mit Arg.-Lösung. Afebril.

3. April. Die untere Incisionsöffnung vollkommen geschlossen. Aus der oberen entleeren sich ein paar Tropfen hellen Sekrets. Keinerlei Reizerscheinungen. Pat. auf Wunsch entlassen.

Heilungsdauer 13 resp. 7 Tage nach der Operation.

9. Fall. B. E., 21jähr. stud. forest. Eintritt 5. März 1896. Balanitis. Zu beiden Seiten des Frenulum in Reinigung begriffene contagiöse Geschwüre. Ein kleines frisches ulcus auf dem Frenulum selbst. In der rechten Leiste eine wenig empfindliche, nicht fluktuierende Drüsenschwellung. Haut darüber wenig gerötet. Die Infektion seit 3 Wochen vom Pat. bemerkt.

14. März. Der Bubo, 6 : 3 cm, zeigt heute Fluktuation, ist druckempfindlich Haut nicht gerötet. Incision. Es entleert sich dicker, gelbgrüner Eiter. Ausspülung mit Arg.-Lösung. Afebril.

17. März. V.-W. Es entleert sich kein Sekret.

19. März. Incisionsöffnung geschlossen. Pat. geheilt entlassen.

Heilungsdauer 5 Tage nach der Operation.

10. Fall. O. A., 26jähr. Elektrotechniker. Eintritt 4. März 1896. Schanker angeblich vor 3 Wochen geheilt. Inguinaldrüsen beiderseits geschwellt. Rechter Bubo 8 : 4 cm, zeigt deutliche Fluktuation. Darüberliegende Haut livid verfärbt. Links ist die Geschwulst halb so gross und fühlt sich hart an.

5. März. Incision des rechten Bubo. Es entleert sich dickflüssiger Eiter. Ausspülung mit Arg.-Lösung. Afebril.

7. März. Auf Druck entleert sich eine mässig dicke, schmutzige Flüssigkeit. Ausspülung mit Arg.-Lösung. Afebril.

9 März. V.-W. Geringe dünnflüssige Sekretion. Ausspülung mit Arg.-Lösung. Afebril.

10. März. Pat. klagt über grosse Schmerzen. Beim V.-W. erweist sich die Incisionsöffnung bereits als geschlossen. Als sie endlich geöffnet wird, entleert sich eine grosse Menge ganz dünnflüssiger, nur in geringem Grade purulenter und sanguinolenter Flüssigkeit, die erst gegen Schluss einen dicken, rahmigen, eitrigen und schliesslich sanguinolenten Charakter annimmt. Bei der Entleerung des Eiters geringe Empfindlichkeit. Afebril. Keine Ausspülung, nur Verband.

12. März. V.-W. Keine Schmerzhaftigkeit. Afebril. Aus der Incisionsöffnung entleert sich auf Druck kein

Sekret. Erst nach der Ausspülung mit Arg.-Lösung kommt eine geringe Menge dickflüssiger, mit Blut untermischter Flüssigkeit hervor.

13. März. V.-W. Aus der Incisionsöffnung entleert sich auf Druck ein dünnflüssiges, mehr sanguinolentes Sekret. Wegen geringer Schmerzhaftigkeit unterbleibt die Ausspülung mit Arg.-Lösung. Afebril.

14. März. V.-W. Ganz geringe dünnflüssige Sekretion.

15. März. Incisionsöffnung geschlossen. Geheilt.

Heilungsdauer 10 Tage nach der Operation.

II. Fall. Schr. Chr., 19jähr. Maurer. Eintritt 20. Febr. 1896. Pat. bemerkt angeblich seit zwei Monaten Schwellung der rechten Inguinaldrüsen. Die Geschwulst nahm beständig zu und ist jetzt etwa gänseeigross und hart. Die darüber liegende Haut hochrot verfärbt. Auf der Spitze der Geschwulst Fluktuation. Infektion negiert. Vorderhand Bleiwasserumschläge. Temperatur bewegt sich zwischen 37,5° und 39,5°.

25. Febr. Der Drüsentumor, 11 : 6 cm, zeigt deutliche Fluktuation. Darüberliegende Haut stark livid und fest verwachsen. Schmerzhaftigkeit beträchtlich. Incision. Es entleert sich wenig pus, dagegen viel sanguis. Ausspülung mit Arg.-Lösung. Temperatur 38,4°, 39,0°.

28. Febr. V.-W. Schwellung noch beträchtlich, Rötung der Haut wesentlich zurückgegangen, vor allem aber die Schmerzhaftigkeit. Temperatur 37,9°, 38,4°. Aus der Incisionsöffnung entleert sich bei Druck äusserst wenig, nahezu seröses Sekret, das zuletzt etwas purulent und sanguinolent wird. Ausspülung mit Arg.-Lösung. Afebril.

2. März. V.-W. Haut noch gerötet, Empfindlichkeit gering. Aus der Incisionsöffnung entleert sich wenig dünnflüssig-eitriges Sekret. Ausspülung mit Arg.-Lösung. Afebril.

4. März. V.-W. Gleiches Verhalten.

7. März. V.-W. Gleiches Verhalten.

9. März. V.-W. Gleiches Verhalten

11. März. V.-W. Haut kaum noch gerötet Schmerzhaftigkeit geschwunden. Dünnflüssige, sehr spärliche Sekretion. Ausspülung mit Arg.-Lösung fortgeseszt. Afebril.

13. März. V.-W. Incisionsöffnung oben 2 mm lang. Keinerlei entzündliche Reizerscheinungen. Sekretion ganz gering. Pat. wird auf Wunsch entlassen.

Am 18. März lässt Pat. sich wieder sehen. Die Wundränder sind bis auf eine ganz klein rundliche Oeffnung vernarbt aus letzterer entleeren sich einige Tropfen dünnen, weisslichen Sekrets.

Heilungsdauer 17 Tage nach der Operation.

12. Fall. P. E., 22jähr. Magd. Eintritt 26 Febr. 1896. Am Ausführungsgang der Barthol.-Drüse rechts ein ganz oberflächlicher Substanzverlust. Vaginitis. Seit 5—6 Tagen sehr schmerzhafte Anschwellung in beiden Leisten. Geschwüre will Pat. vorher nicht bemerkt haben. Der rechte Leistentumor, 5 : 3 cm, zeigt in der Mitte deutliche Fluktuation. Die darüberliegende Haut in der Ausdehnung von Thalergrösse stark gerötet. Der linke Tumor von gleichem Verhalten.

27. Febr. Incision. Aus dem linken Bubo entleert sich eine beträchtliche Menge ziemlich dickflüssigen, grüngelben Eiters, aus dem rechten Bubo eine viel geringere Menge Eiter von gleicher Beschaffenheit. Ausspülung mit Arg.-Lösung. Ziemlich beträchtliche Schmerzhaftigkeit. Afebril.

29. Febr. V.-W. Die entzündlichen Erscheinungen beiderseits im Rückgang. Aus der Incisionsöffnung links entleert sich eine mässige Menge dickflüssigen Eiters, aus der Incisionsöffnung rechts dagegen nur äusserst wenig dünnflüssiges Sekret. Ausspülung mit Arg.-Lösung. Afebril.

2. März. V.-W. Aus beiden Incisionsöffnungen ganz spärliche dünnflüssige Sekretion. Ausspülung mit Arg.-Lösung.

4. März. V.-W. Entzündliche Erscheinungen beinahe völlig verschwunden. Aus beiden Incisionsöffnungen minimale, ganz dünnflüssige, seröse Sekretion. Keine Schmerzhaftigkeit. V.-W. und Ausspülungen werden jeden 2.—3 Tag wiederholt, die entzündlichen Erscheinungen sind zwar verschwunden, aber die Sekretion besteht in geringer Weise trotzdem noch fort.

24. März. Inzwischen hat sich in der rechten Leiste unterhalb des früheren Tumors ein neuer, nicht ganz welschnussgrosser, fluktuierender Drüsenabscess gebildet. Die Haut darüber entzündlich gerötet. Incision. Es entleert sich eine geringe Menge dickflüssigen Eiters. Ausspülung mit Arg.-Lösung. — Die Stichöffnungen rechts und links sind inzwischen vollkommen verwachsen.

7. April. Nach regelmässig wiederholten Ausspülungen erfolgt heute keine Sekretentleerung mehr. Die Incisionsöffnung vollkommen verwachsen. Die Incisionsöffnung links und die obere rechts als kleine pigmentierte Narbe sichtbar. Zurückgeblieben ein ganz geringes, völlig indifferentes Infiltrat.

Heilungsdauer ca. 4 Wochen resp. 14 Tage nach der Operation.

13. Fall. Z. M., 19jähriges Dienstmädchen. Eintritt 12. Febr. 1896. An der hinteren Commissur und am Ausführungsgang der Barthol.-Drüse links ulcera, deren Umgebung sich etwas derb anfühlt. Luetische Erscheinungen fehlen. Rechts Leistentumor von $6^1/_2 : 5^1/_2$ cm, nicht fluktuierend, nicht schmerzhaft. Haut über dem Tumor wenig verfärbt und mit der Unterlage nicht verwachsen. Bisher afebril.

14. Febr. Aetzung der Geschwüre. Behandlung des Bubos nach Welander, je $^3/_4$ Spritzen Hg. benz. in beide Pole der Geschwulst. Abendtemperatur 38,3°. Geringe Temperatursteigerung noch in den folgenden Tagen.

24. Febr. Der Bubo noch von derselben Consistenz wie früher. Inject. von 1 Spritze Hg. benz.

28. Febr. V.-W. Der Tumor in der oberen Partie etwas erweicht. Fluktuation in geringer Ausdehnung, die untere Partie noch vollständig derb.

4. März. In der oberen Partie deutliche Fluktuation. Auch in der unteren Erweichung in geringer Ausdehnung eingetreten. Afebril.

11. März. Der Tumor ist für das Langsche Verfahren reif. Die Fluktuation hat inzwischen in beiden Partien grössere Ausdehnung gewonnen. Die obere Partie etwa in der Grösse eines Apfels erweicht, die untere in der Grösse

einer Welschnuss. Die Haut über dem Tumor stark entzündlich gereizt. Incision der oberen und unteren Partie. Es entleeren sich mässige Mengen hämorrhagischen, ziemlich dünnflüssigen Eiters. Die Ausspülung mit Arg.-Lösung zeigt, dass beide Höhlen mit einander communicieren. Afebril.

14. März. V.-W. Die entzündlichen Erscheinungen im Abnehmen begriffen. Sekretion geringer. Ausspülung mit Arg.-Lösung. Afebril.

19. März. Die entzündlichen Erscheinungen beinahe völlig zurückgegangen. Aus den Incisionsöffnungen entleert sich schon seit einigen Tagen ganz dünnflüssiger Eiter, aber noch ziemlich reichlich. Ausspülung unterbleibt wegen starker menses. Afebril.

25. März. Obere Incisionsöffnung völlig geschlossen. Aus der unteren äusserst spärliche, rein seröse Sekretion, entzündliche Erscheinungen völlig geschwunden.

27. März. Untere Incisionsöffnung ebenfalls geschlossen. In der Umgebung der früheren Incisionen ist die Haut leicht pigmentiert. Narben nicht zu erkennen. Pat. bleibt wegen Verdachts auf Lues weiter in Beobachtung.

Heilungsdauer 14 resp. 16 Tage nach der Operation.

14. Fall. H. H., 26jähr. Stubenmädchen. Eintritt 7. Febr. 1896. Es besteht Vaginitis, Endometritis, Lymphaden. dextra.

10. Febr. Der Bubo, 4 : 2 cm, zeigt in seiner Mitte deutliche Fluktuation. Die darüberliegende Haut beginnt sich leicht livid zu verfärben. Die Empfindlichkeit mässig. Incision. Es entleert sich eine mässige Menge dicken, gelbgrünen Eiters. Ausspülung mit Arg.-Lösung.

12. Febr. V.-W. Aus der Incisionsöffnung entleert sich wenig ziemlich dünnflüssiger, gelbgrüner Eiter. Die entzündlichen Erscheinungen der Haut im Rückgang. Ausspülung mit Arg.-Lösung. Afebril.

13. Febr. V.-W. Auf Druck werden nur ein paar Tropfen ganz dünner Flüssigkeit ausgepresst. Keine Schmerzhaftigkeit. Afebril.

14. Febr. V.-W. Es entleert sich wenig dünnflüssiges

Sekret, jedoch entschieden mehr als gestern. Ausspülung mit Arg.-Lösung. Afebril.

17. Febr. Die Incisionsöffnung völlig geschlossen, die entzündlichen Erscheinungen der Haut verschwunden, die Umgebung der früheren Oeffnung nur etwas livid verfärbt.

Pat. bleibt wegen ihrer anderen Leiden noch weiter in Behandlung. Am 14. März wird Pat. völlig geheilt entlassen. In der rechten Leiste findet sich nur mehr noch eine geringe Pigmentierung an Stelle der Oeffnung.

Heilungsdauer 7 Tage nach der Operation.

15. Fall. St. Th., 19jährige Dienstmagd. Eintritt 27. Dez. 1895 Ulcera mollia an der Innenfläche der kleinen Labien. In der l. Leiste hühnereigrosser, derber Drüsentumor, rechts kleinere infiltrirte Drüsen. Pat wurde wegen Lues bereits früher behandelt.

3. Jan. 96. Der l. Bubo mannsfaustgross, darüberliegende Haut intensiv gerötet Im Bereich der Rötung besteht deutliche Fluktuation. Incision. Es entleert sich reichlich sanguinolenter Eiter. Die Arg.-Lösung bereitet der Pat. grosse Schmerzen. Afebril. Bis auf weiteres unterbleiben die Ausspülungen.

9. Jan. Der Tumor ist reduciert auf einen 3 cm langen, fingerdicken Wulst, die Haut ist in der Umgebung der etwa 3 mm langen Incisionswunde stark gerötet. Empfindlichkeit gering. Sekretion ziemlich reichlich, dünnflüssig-eitrig. Ausspülung mit Arg.-Lösung abermals schmerzhaft. Afebril.

11. u. 13. Jan. V.-W. Geringe Sekretion, aber immer noch starke entzündliche Erscheinungen. Ausspülung mit Arg.-Lösung. Afebril.

15. Jan. Der Tumor in Form eines nicht sehr derben, kleinfingerdicken, 10 cm langen Stranges zu fühlen. Geringe eitrige Sekretion. Ausspülung mit Schmerzen verbunden. Afebril.

17. Jan. V.-W. Fast keine Sekretion. Ausspülung mit Arg.-Lösung.

20. Jan. V.-W. Nur auf Anwendung starken Druckes gelingt es, aus der verklebten Incisionsöffnung ganz dünnes, sanguinolentes Sekret auszudrücken. Gar keine Empfind-

lichkeit. Haut wenig gerötet, mit der Unterlage verwachsen Ausspülung mit Arg.-Lösung.

22. Jan. „ V.-W. Nur einige Tropfen bräunlich-gelber Flüssigkeit quellen aus der Oeffnung hervor, Haut kaum noch verfärbt, darunter eine geringe, nicht mehr deutlich contourierte Infiltration zu fühlen Ausspülung mit Arg.-Lösung.

24. Jan. Incisionsöffnung völlig geschlossen

Am 29. Jan. wird Pat. entlassen. An der Stelle des Bubos ist das Gewebe etwas derb infiltriert, Haut mit der Unterlage verwachsen Die unscheinbare Incisionsnarbe ist von einem pigmentierten Hof umgeben.

Am 27. Febr. wird Pat. wegen luetischer Erscheinungen abermals ins Krankenhaus eingeliefert. In der l. Leiste befindet sich nur noch eine etwas eingesunkene, ganz minimale Narbe mit leicht pigmentierter Umgebung und geringer Infiltration in der Tiefe

Heilungsdauer 21 Tage nach der Operation.

16. Fall. K. G., 24jähr. Taglöhner. Eintritt 14. Febr. 1896. Pat. acquirierte um Neujahr herum ein ulc. molle, seit ca. 3 Wochen besteht eine Schwellung der r. Leistendrüsen, die aber bisher wenig Beschwerden verursachte. Gestern wurde dem Pat. bei einem Brande eine Leiter gegen die rechte Leiste gestossen, darauf stellten sich erhebliche Schmerzen ein, der Drüsentumor nahm an Grösse und entzündlichen Erscheinungen zu. Der Bubo dehnt sich jetzt nach oben und unten vom Poupartschen Bande und vom mons vener. bis nahezu an die spina ant. oss. ilei aus im Verhältnis von 13 : 10,5 cm. Die darüberliegende Haut intensiv rot, stellenweise leicht livid verfärbt, an der höchsten Stelle Fluktuation. Die rechte Hälfte des Scrotum ist ödematös geschwellt; ausserdem sind auf dieser Seite strangartig wulstige Massen durch das Scrotum durchzufühlen, offenbar der geschwellte Samenstrang und Varicositäten. Hoden und Nebenhoden beiderseits geschwellt Sehr grosse Schmerzhaftigkeit nicht nur über der Geschwulst, sondern auch in der Ileocecalgegend, hier bedingt durch den geschwellten Samenstrang. Das Frenulum ist zum grössten Teil zerstört durch ein bereits in Heilung begriffenes, aber

noch deutlich erkennbares Geschwür. Das Allgemeinbefinden schlecht, Temperatur 38,2°, 39,3°, 39,0°.

15. Febr. Incision. Es entleert sich eine dicke, nur wenig pus, dagegen viel sanguis enthaltende Flüssigkeit. Erst zum Schluss gewinnt die Flüssigkeit ein mehr purulentes Aussehen. Ausspülung mit Arg.-Lösung. Allgemeinbefinden noch immer schlecht. Temperaturmaximum 40,0°.

17. Febr. V.-W. Geringe, ziemlich dickflüssige, sanguinolent-eitrige Sekretion Allgemeinbefinden besser. Afebril. Schmerzen in der Ileocoecalgegend nachgelassen, Samenstrang kaum noch geschwellt, Hoden, Nebenhoden und Skrotalhaut wieder normal, Rötung und Schwellung der Haut geschwunden. Ausspülung mit Arg.-Lösung.

21. Febr. V.-W. Sekretion hält in gleicher Weise an. Sonst weiterer Fortschritt zur Besserung. Afebril. Ausspülung mit Arg.-Lösung. Kalte Kompressen auf die Geschwulst.

24. Febr. V.-W. Geringe, ziemlich dünnflüssige Sekretion bei Abnahme der entzündlichen Erscheinungen. Ausspülung mit Arg.-Lösung.

28. Febr. Sehr spärliches, dünnflüssiges Sekret. Infiltration und Druckempfindlichkeit sehr gering, Geschwulstdecke noch mässig gerötet. Ausspülung mit Arg.-Lösung.

2. März. V.-W. Entündliche Erscheinungen vollkommen verschwunden, unter der Haut ist die leere Abscesshöhle zu fühlen, aus der Incisionsöffnung entleert sich nur wenig schleimig-eitriges Sekret. Ausspülung mit Arg.-Lösung.

4. u. 7. März. V.-W. Gleiches Verhalten.

10. März. V.-W. Incisionsöffnung vollkommen verklebt und verwachsen. Das Klaffen der Wundränder, durch einfachen Druck nicht zu erreichen, wird erst durch erneuten Einstich mittels Skalpell bewirkt, und es entleert sich jetzt eine beträchtliche Menge dünnflüssigen, eitrigen Sekrets. Ausspülung mit Arg.-Lösung.

13. März. V.-W. Geringe dünnflüssige Sekretion. Ausspülung mit Arg.-Lösung.

17. u. 21. März. V.-W. Gleiches Verhalten.

23. März. V.-W. Rötung und Schwellung sehr mi-

nimal, Sekret gering und dünnflüssig. Ausspülung mit Arg.-Lösung.

26. März. V.-W. Gleiches Verhalten.

1. April. V.-W. Es entleeren sich auf Druck nur wenige Tropfen heller Flüssigkeit.

2. April. Die Stichöffnung ist fast vollkommen vernarbt. Keine Druckempfindlichkeit. Zurückgeblieben geringe Infiltration und leichte Pigmentierung der Haut. Geheilt.

Heilungsdauer 47 Tage nach der Operation.

17. Fall. P. W., 18jähr. Magd. Eintritt 15. März 1896. Zerfallende Papeln auf den Labien, Leucoderma syph. Urethritis u. Parametritis gonnorrhoica. In der linken Leiste ein über welschnussgrosser, derber, indolenter Drüsentumor. Unter der antiluetischen Kur Rückgang sämtlicher luetischer Erscheinungen, insbesondere des erwähnten Drüsentumors.

16. April. Auf der linken Seite der Nates war es an einer Stelle zur oberflächlichen Abscedierung gekommen, daraufhin stellte sich in der linken Leiste über dem restierenden Bubo Fluktuation ein, sodass nun dort ein taubeneigrosser Abscess besteht. Die Haut darüber livid verfärbt. Mässige Druckempfindlichkeit Incision. Es entleert sich eine mässige Menge schmutzig braunroter Flüssigkeit. Ausspülung mit Arg.-Lösung. Afebril.

18. April. V.-W. Die entzündlichen Erscheinungen vollkommen zurückgegangen. Geringe hellfarbige Sekretion. Ausspülung mit Arg.-Lösung.

20. April. Gleiches Verhalten.

22. April. Die Wundränder in Heilung begriffen, es lässt sich durch Druck nichts mehr auspressen.

24. April. Incisionsöffnung vollkommen geschlossen. Keine Druckempfindlichkeit. Eine markstückgrosse, leicht pigmentierte, mässig infiltrierte Stelle zurückgeblieben. Die Narbe als solche kaum zu erkennen.

Heilungsdauer 8 Tage nach der Operation.

Alle diese 17 Fälle kamen in befriedigender Weise zur Heilung. Die Heilungsdauer zeigt verschiedene Schwankungen, in den meisten Fällen ist sie jedoch auf-

fallend kurz, ganz besonders in den Fällen 1, 3, 4, 9, 14, 17, wo sie weniger als 10 Tage betrug. Da, wo die Heilung längere Zeit erforderte, waren irgendwelche Störungen daran schuld. Fall 2 z. B. musste für einige Zeit das Krankenhaus verlassen, noch ehe Heilung erfolgt war. Ein ganz hervorragender Erfolg ist bei Fall 16 erzielt worden, obwohl die Heilungsdauer 47 Tage betrug. Hier war der Bubo durch ein Trauma compliciert worden. Die Enucleation der Drüsen hätte bei der Ausdehnung der Geschwulst nur in Narkose und unter schwierigen Verhältnissen erfolgen können, während wir die Heilung auf so einfache Weise und in einem Zeitraum erzielten, der für den chirurgischen Eingriff sicherlich nicht genügt hätte. Besondere Beachtung verdient auch Fall 13, der durch das Welandersche Verfahren erst für unsere Behandlung präpariert wurde. Die Injektionen verursachten in den meisten Fällen gar keine oder nur ganz geringe Schmerzen. Temperatursteigerungen fanden im Anschluss an die Injektionen nie statt, sondern bestanden in einigen Fällen schon vorher, wie z. B. bei Fall 11 u. 16. Bei Fall 13 wurde nach Injektion von Hg. benz., wie ja fast stets nach dem Welanderschen Verfahren, Temperatursteigerung beobachtet.

II. Gruppe.

Fälle, bei denen eine unvollständige Heilung erzielt wurde.

18. Fall. L. K., 17jähriges Dienstmädchen. Eintritt 10. Jan. 1896. Pat. acquirierte im vorigen Jahr Syphilis. Luetische Erscheinungen gegenwärtig nicht vorhanden. An der oberen Partie des linken lab. min. ein ulc. molle, ausserdem Urethritis, Vulvitis, Vaginitis, Bartholinitis sin. Es entwickelt sich allmählich ein rechtsseitiger Bubo von Hühnereigrösse mit deutlicher Fluktuation und starken entzündlichen Erscheinungen.

18. Jan. Incision des Bubo. Reichlicher, dicker Eiter wird entleert. Ausspülung mit Arg.-Lösung. Afebril.

20. Jan. V.-W. Haut über dem Tumor wenig gerötet, keine Empfindlichkeit. Auf Druck entleert sich eine mässige Menge ziemlich dickflüssigen Eiters. Ausspülung mit Arg.-Lösung.

22. Jan. V.-W. Entzündliche Erscheinungen der Haut weiter im Rückgang. Sekret dünnflüssiger. Ausspülung mit Arg.-Lösung.

25. Jan. V.-W. Wesentliche Besserung des Zustandes. Sekretion spärlich und dünnflüssig. Ausspülung mit Arg.-Lösung.

29. Jan. V.-W. Entzündliche Erscheinungen völlig verschwunden, aus der Incisionsöffnung entleert sich auf Druck ein Tropfen gelblichen dünnflüssigen Sekrets.

1. Febr. Die Incisionsöffnung hat sich von selbst vergrössert, die Schnittränder sind schankrös geworden, obwohl das ulcus bereits verheilt ist. Wundränder und Abscesshöhle werden mit dem Argentumsstift geätzt.

5. Febr. Höhle und Wundränder sind gestern mit Arg.-Lösung bespült worden, worauf heute völlige Reinigung der Wundfläche eingetreten ist, jedoch keine Neigung zur Granulation. Erst auf Tamponade mit in Diaphterin getauchter Gaze erfolgt Granulationsbildung.

Am 11. März wird Pat. geheilt entlassen.

19. Fall. K. N., 21jähr. Reisender. Sehr ausgedehntes gangränöses Geschwür auf der dorsalen Fläche des Präputiums, welches erst nach energischer Incision und Aetzung mit 50% Chlorzink am Weiterschreiten verhindert und zur Reinigung gebracht ist. In der rechten Leiste ein fluktuierender Bubo von 9 : 4 cm, die darüberliegende Haut mässig gerötet. Druckempfindlichkeit bedeutend.

24. März Incision des Bubo. Reichlicher, dick-purulenter Inhalt ausfliessend. Afebril. Ausspülung mit Arg.-Lösung.

26. März. V.-W. Die entzündlichen Erscheinungen verschwunden. Sekretion gering aber noch purulent. Afebril. Ausspülung mit Arg.-Lösung.

29. März. V.-W. Die Incisionsöffnung leicht speckig belegt, dick-eitrige Sekretion. Afebril. Ausspülung mit Arg.-Lösung.

31. März. Die Incisionsöffnung bedeutend erweitert, Wundränder geschwürig zerfallen, aus dem Geschwür entleert sich dünnflüssiges, sanguinolentes Sekret in geringer Menge. Ausspülung mit Arg.-Lösung. Afebril.

2. April. Der geschwürige Zerfall der Wundränder ist weiter geschritten. Sekretion minimal. Afebril. Ausspülung mit Arg.-Lösung.

5. April. Aetzung mit 50% Chlorzink.

10. April. Das Geschwür hat sich gereinigt, es bestehen gesunde Granulationen, aber aus der 2 mm weiten Incisionsöffnung ist ein Substanzverlust geworden von der Grösse eines 10 Pfennigstücks.

20. Fall. Fr. W., 27jähr. Reisender. Eintritt 14. März 1896. Seit ca. 8 Tagen besteht Scabies und seit gleicher Zeit eine Anschwellung der l. Leiste. Infektion negiert. Der Bubo, 25 : 5 cm, zeigt starkentzündliche Erscheinungen und bedeutende Fluktuation.

16. März. Incision des Bubo. Reichlicher dickflüssiggelber Eiter ausfliessend, der zuletzt mehr sanguinolente Beschaffenheit annimmt. Ausspülung mit Arg.-Lösung. Afebril.

17. März. V.-W. Die Geschwulst ist etwas kleiner, die Haut über derselben noch gerötet. Auf Druck entleert sich eine ziemliche Menge dünnflüssigen, sanguinolent-eitrigen Sekrets. Das Ausdrücken des Eiters ist noch sehr schmerzhaft. Ausspülung mit Arg.-Lösung. Afebril.

19. März. V.-W. Auf Druck, der nicht mehr schmerzhaft ist, entleert sich eine mässige Menge ziemlich dünnflüssigen Sekrets. Haut noch gerötet. Afebril. Ausspülung mit Arg.-Lösung.

21. März. V.-W. Sekretion ziemlich bedeutend, jedoch rein serös. Sonst gleiches Verhalten. Ausspülung mit Arg.-Lösung.

23. März. V.-W. Die Geschwulst ist fast vollkommen zurückgegangen, ebenso die Rötung der Haut, die Schmerzhaftigkeit gering, die Sekretion minimal. Afebril. Ausspülung mit Arg.-Lösung.

26. März. Weiterer Fortschritt zur Besserung. Ausspülung mit Arg.-Lösung.

V.-W. und Ausspülungen werden regelmässig fortgesetzt. Eine zunehmende Besserung ist unverkennbar.

10. April. V.-W. An Stelle der Geschwulst befindet sich eine ziemlich beträchtliche, aber vollkommen indifferente Infiltration, die Sekretion ist gering, nahezu wasserhell. Ausspülung mit Arg.-Lösung.

15. April. V.-W. Schwellung vollkommen verschwunden. Keine Schmerzhaftigkeit. Auf Druck entleeren sich einige Tropfen seröser Flüssigkeit. Pat. wird auf Wunsch entlassen. Wann die Wundränder zur Verheilung gekommen sind, entzieht sich der Beurteilung.

Von dieser 2. Gruppe ist Fall 18 und 19 schankrös geworden, die Ausspülung mit Arg.-Lös. war nicht imstande, dieses ungünstige Ereignis hintanzuhalten. Fall 20 darf eigentlich als völlig geheilt angesehen werden. Da sich der Patient völlig frei von Beschwerden fühlte, so verliess er das Krankenhaus trotz noch nicht geschlossener Incisionsöffnung. Doch ist anzunehmen, dass auch hier in gleicher Weise wie in den übrigen Fällen die baldige Heilung erfolgt ist.

Es kommen also auf die 20 beobachteten Fälle nur 2, bei denen die Heilung nicht prompt zustande kam, doch da der Misserfolg auf eine andere Ursache, nicht auf das Verfahren, zurückzuführen ist, da ein schankröser Zerfall des Bubo, wie wir gesehen haben, auch bei andern Behandlungsarten beobachtet wird, so müssen wir mit den erzielten Resultaten recht zufrieden sein.

Diese Art der Bubonenbehandlung wird in der Klinik des Herrn Professor *Posselt* auch weiterhin mit gleich gutem Erfolge geübt, doch ist die Zahl der so behandelten Fälle natürlich noch viel zu gering, als dass hier ein allgemein gültiges Urteil über das Langsche Verfahren gefällt werden könnte. Aber die übereinstimmend günstigen Resultate, wie sie von *Nobl* und *Laub*[1]) veröffentlicht

1) Laub M., Wien. med. Wochenschr., 1895, Nr. 7 u. 8.

werden, müssen dazu veranlassen, dieser Methode vor allen andern den Vorzug zu geben, zum mindesten aber sie einem Versuche zu unterstellen.

Fassen wir noch einmal die Vorteile des Langschen Verfahrens kurz zusammen, so finden wir:

1) Einfachheit der Ausführung. Die Excochleation und Enucleation kann, so rationell sie ist, unter Umständen zu einem schwierigen Eingriff werden, der ohne Assistenz nicht gut ausgeführt werden kann.
2) Abkürzung der Heilungsdauer. Selbst in den Fällen mit langer Heilungsdauer war diese stets noch kürzer als nach der rein chirurgischen Behandlung.
3) Vermeidung der Narbe.

Dass das Prinzip dieses Verfahrens nicht neu ist, haben wir oben bei der Darstellung der früher üblichen Behandlungsarten gesehen, dennoch gebührt *Lang* das grosse Verdienst, auf den Wert dieser vergessenen Methode von neuem hingewiesen zu haben, in dem Sinne *Zeissls*, „dass in keiner Krankheitsform die conservative Chirurgie solche Triumphe zu feiern pflegt als bei der Behandlung fluctuierender Bubonen".

Am Schluss meiner Arbeit angelangt, ist es mir eine angenehme Pflicht,

Herrn Professor POSSELT

für die gütige Ueberlassung des Materials, dessen erstem Assistenzarzt

Herrn Dr. JESSIONEK

für die in überaus liebenswürdiger Weise gewährte Unterstützung, sowie

Herrn Geheimrat Professor von ZIEMSSEN

für die freundliche Uebernahme des Referates an dieser Stelle nochmals meinen besten Dank auszusprechen.